

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES. RESOLUCIÓN 310 Y ANEXAS.

Completar el formulario con letra imprenta, sin omisiones. El presente no reemplaza la receta médica. Para poder acceder a la cobertura correspondiente actualizar y presentar la planilla cada 6 meses.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido	Edad	Domicilio	N° de Afiliado	Teléfono	Email

DIAGNÓSTICO

AR/otras Artritis		Arritmia crónica		Asma		Coagulopatías		Colagenopatías		Miastenia Gravis		Enf. Psiquiátrica (Diag DSM IV)	
Anticoncepción		Enfermedad intestinal crónica		Epilepsia		EPOC		Glaucoma		Hiperuricemia / Gota			
Parkinson/otra enf. extrapiramida		Hipotiroidismo		Hipertiroidismo		Otro diagnóstico							

TRATAMIENTO (consignar todos los datos necesarios)

PRINCIPIO ACTIVO	MARCA COMERCIAL	UNIDAD POSOLÓGICA (MG., MCG., ML., ETC.)	FORMA FARMACÉUTICA	DOSIS/DÍA	PRESENTACIÓN	OBSERVACIONES

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PRESCRIPTOR

Apellido y Nombre	Matrícula	MN	MP	N° de matrícula	Provincia	Prestador de Prevención Salud	Si	No	Teléfono y mail de contacto

Lugar

/ /

Fecha

Firma y sello del Médico Tratante

Firma del Paciente

La información incluida en el presente documento fue otorgada voluntariamente por el titular de la misma. Los datos registrados son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por Prevención Salud. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deben ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley Nacional 25326 y Decreto Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: <http://www.jus.gob.ar/datos-personales/registro.aspx>